

福祉用具購入が必要な理由

年 月 日

記 入 者	氏 名		連絡先		本人と の関係	
	※ 記入者が福祉用具専門相談員やケアマネジャー等の場合は、以下の欄も記入してください					
	所在地					
	事業所名					

福祉用具を購入した被保険者は、下記の状況に相違ありません。

<現在の日常生活動作（ADL）状況> （すべての項目の該当する□にレでチェックしてください）

移動 歩行	<input type="checkbox"/> 自力で歩くことができる <input type="checkbox"/> 手すりや杖・歩行器等があれば何とか歩ける <input type="checkbox"/> 移動に(体を支える等)介助が必要 <input type="checkbox"/> 自力で移動不可(車椅子等で移動)
排泄	<input type="checkbox"/> トイレで排泄が可能 <input type="checkbox"/> P-WCがあれば可能 <input type="checkbox"/> トイレでの立ち座りが困難 <input type="checkbox"/> 排泄に(ズボンの上げ下ろし等)介助が必要 <input type="checkbox"/> 自力で排泄は不可(オムツ使用)
入浴	<input type="checkbox"/> 一人で入浴できる <input type="checkbox"/> 浴室内・浴槽内での立ち座りが困難 <input type="checkbox"/> 浴槽をまたげない <input type="checkbox"/> 入浴に介助が必要(一部・全部)
段差	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 足があがりにくい <input type="checkbox"/> 介助(支え)があれば何とかできる <input type="checkbox"/> 段差は越せない

福祉用具を必要とする理由 (複数の用具を購入した場合は、購入した商品ごとに理由を記入してください)	◎どのような病状・症状・身体状況のために、現在どのようなことに困っているか、また、用具の使用によりどのようなことが改善されるかをご記入ください。
--	--

<過去の購入履歴> （該当する□にレでチェックし、わかる範囲で内容を記入してください）

<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある いつ(年 月頃) 何を() いつ(年 月頃) 何を() 過去に同じ種類の用具を購入している場合 再購入の理由 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 用途が異なる <input type="checkbox"/> 状態が変わった

<購入当時の状況> （該当する□にレでチェックし、内容を記入してください）

<input type="checkbox"/> 病院や施設に入院(所)	入院(所)施設名
	入院(所)期間 年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 居宅(在宅)	